

小規模多機能型居宅介護事業所かりんの家 利用申込書

受付日	平成 年 月 日	受付No.		受付者	職名	氏名	
本人の状況	フリガナ		性別	保険者番号	富士宮市 2 2 2 0 7 5		
	氏名		男 女	被保険者番号			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	自宅住所	〒 -			電話	()	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている					
	※自宅以外に居住している場合	※施設・病院の名称		所在地電話番号	〒 - 電話 ()		
	障害者手帳等	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ____ 級 (障害名:) 年 月 日交付				
		療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (A ・ B) 年 月 日交付				
	年金等	種別		受給額 (月額)	円		
	本人の意思	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解できない					
介護サービス等利用状況	介護支援専門員	氏名	事業所名	電話 ()			
	利用中の介護保険サービス	(例) デイサービス: 週2回、ショートステイ: 月に1週間を2回					
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ずれ (褥瘡) <input type="checkbox"/> その他:						
	治療中の病気			既往歴			
		年 月 から			歳ころ		
		年 月 から			歳ころ		
		年 月 から			歳ころ		
		年 月 から			歳ころ		
かかりつけ医	医院名	医師名		電話 ()			
その他の医療機関	医院名	医師名		電話 ()			

